

Trustul HSS (Serviciul Sanitar și Social) _____	Medicul de Familie sau altceva _____
Secția de Spital _____	Furnizorul îngrijirii de bază (Serviciu Medical General și Personal) _____

**FORMULAR 3 – CONSIMȚĂMÂNT PENTRU EXAMEN MEDICAL, TRATAMENT SAU ÎNGRIJIRE
(Procedură când cunoștința nu este deteriorată)**

Detalii Personale (sau etichete pregătite de dinainte)

Numele.de familie
Prenumele
Data nașterii
☐ Bărbat ☐ Femeie H+C No (sau altă identificare).....
Cerinte speciale (limbă sau altceva).....
.....

Declarația personalului medical

Personal medical responsabil Ocupația
Denumirea procedurii sau al tratamentului (incluzând o parte din corp și o explicație scurtă dacă termenul medical este neclar)
.....

Am explicat în special procedura:.....
.....

Beneficiile intenționate
.....

Riscuri serioase sau frecvente
.....

Am discutat în ce constă procedura, beneficiile și riscurile tuturor tratamentelor alternative la dispoziție (incluzând ne-aplicarea niciunui tratament), orice probă de țesut luată și în general tot ce îngrijorează pe cei la care se referă.

☐ Următorul prospect/casetă s-a pus la dispoziție.....

Semnat Data
Numele (CU LITERE DE TIPAR) Ocupația

Declarația translatorului (dacă este cazul)

Am tradus informațiile de mai sus persoanei care-și dă consimțământul .cât am putut de corect și în așa fel încât să poată înțelege.

Semnat Data
Numele (CU LITERE DE TIPAR).....

Declarația persoanei care își dă consimțământul sau care are responsabilitate parentală pentru copil.

Sunt de acord cu procedura sau tratamentul descris mai sus.

Înțeleg că nu puteți garanta că procedura va fi făcută de o anume persoană. În orice caz, persoana va avea experiența necesară.

Înțeleg că procedura va fi cu/va fi fără anestezie locală

SemnăturaData

Numele (CU LITERE DE TIPAR)..... Relația față de copil.....

Copie acceptată Da/ Nu (încercuiți)